

SFOG-Råd om Endometriosis

Del 14. Adenomyos

Faktaruta

- Vid adenomyos återfinns endometrium inne i myometriet.
- Typiska symtom är rikliga långdragna menstruationsblödningar, ofta kombinerat med smärta.
- Adenomyos diagnostiseras med vaginalt ultraljud och magnetkamera.
- Behandlingen är hormonell eller kirurgisk.
- Det är vanligt att ha både endometriosis och adenomyos samtidigt
- Överväg adenomyos hos endometriosispatienter som besväras av rikliga blödningar.

Inledning

- Vid adenomyos återfinns endometrium inne i myometriet. Genesen är ej känd. Adenomyos kan vara diffust spritt i myometriet eller finnas fokalt i ett avgränsat område. Mer ovanligt är adenomyom. Adenomyos är något mer förekommande i uteri bakvägg. Cystiska, hemorragiska områden i myometriet är patognomont, men ses endast hos hälften av fallen.
- Övergångszonen, Junctional zone, (JZ) mellan myometriet och endometriet är förtjockad vid adenomyos. JZ utgörs av innersta delen av myometriet.
- Endometriosis och adenomyos förekommer ofta samtidigt. Tjugo till 80 procent av kvinnor med endometriosis rapporteras även ha adenomyos.

Symtom

1. Rikliga regelbundna långdragna menstruationer.
2. Smärtsamma menstruationer
3. Trycksymtom mer sällsynt, uppträder om uterus är påtagligt förstorad.
4. Möjligen infertilitet

Det är vanligt att endometriosis och adenomyosis förekommer samtidigt. Symtombilden kan ofta särskilja tillstånden. Kvinnor med adenomyosis har en mycket riklig menstruation, som ökar med åren. Smärtan är hos de flesta koncentrerad till dagar med blödning och smärtfrihet råder resterande del av menstruationscykeln. Majoriteten av kvinnor med adenomyosis har haft sina blödningsbesvär sedan tonåren. Symtomen förvärras sakta med tiden vilket gör att kvinnorna ofta inte söker gynekolog förrän i 40-årsåldern och då får sin diagnos. Regelbundenheten i menstruationen fortsätter långt upp i åldrarna, så kvinnor med adenomyosis når ofta menopaus sent.

För att särskilja symtombilden för kvinnor med adenomyosis respektive endometriosis är en god tumregel att kvinnor med endometriosis huvudsakligen besväras av smärta, medan kvinnor med adenomyosis framför allt besväras av riklig blödning. Cykliciteten är påtaglig för kvinnor med adenomyosis och gör att symtomen inte i samma utsträckning påverkar kvinnans arbetsliv, privatliv och relationer, som för kvinnor med endometriosis.

Adenomyosis kan ge en volymökning av uterus vilket kan leda till trycksymtom. Huruvida adenomyosis leder till infertilitet eller ej är omtvistat. Data från senare studier ger misstanke om det, men då många kvinnor har både endometriosis och adenomyosis är det svårt att särskilja vad som är orsaken till infertilitet.

Diagnostik

Magnetkameraundersökning (MR)

Diagnostiken fokuserar på förändringar i JZ. Traditionellt har en förtjockad JZ på mer än 12 mm använts som kriterium för diagnosen. Senare forskning visar på vikten av att även titta på hur stor procent av myometriet som utgörs av JZ (mer än 40 procent är patologiskt) samt hur oregelbunden JZ är (om differensen mellan den tjockaste och tunnaste delen överstiger 5 mm anses det patologiskt). Små cystiska uppkläringar ses i JZ samt i myometriet och utgörs av hemorragiska komponenter.

Se även *Del 6. MR vid endometriosis och adenomyosis*

Vaginalt ultraljud

Med ultraljud ses flertal olika tecken som tillsammans ger en ”pattern of recognition”. Fastställda kriterier för diagnos saknas. Följande ultraljudsfynd förknippas med diffus adenomyosis: En allmän förstoring och rundad form av uterus, asymmetri mellan fram- och bakvägg, oregelbundet förtjockad JZ. I myometriet ses skuggor, hyperekokogena striae samt hemorragiska cystor. Vaskulariteten går genom lesionerna.

Adenomyom är svåra att differentiera mot myom.

Se även *Del 5 Ultraljud vid endometriosis och adenomyosis*

Behandling

Tranexamsyra för att minska blödningsmängd är effektivt.

Behandling med gestagenspiral är den konservativa behandling som visat sig mest framgångsrik. Gestagen orsakar atrofi och minskning av lesioner genom nedreglering av östrogenreceptorer.

Perorala gestagener samt kombinerade preventivmedel har god effekt.

Hysterektomi är botande eftersom sjukdomen är begränsad till uterus.

Minimalinvasiva åtgärder såsom värmeablationer och endometriresektioner har begränsat värde, då åtgärden ofta inte täcker in lesionerna helt och hållet. Även om minskad blödning uppnås, finns stor risk för ökad smärta postoperativt.

Det är viktigt att bedöma om kvinnor med endometriosis även har adenomyos, för att ha rätt mål och förväntningar med behandling. Syftet med behandlingen är att minska blödningsmängden. Blödningsfrihet vid hormonell behandling kan vara svår att uppnå.

Referenser

1. Vercellini P, Consonni D, Dridi D, Bracco B, Frattaruolo MP, Somigliana E. *Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis*. Hum Reprod. 2014;29:964-77.
2. Chapron C, Vannuccini S, Santulli P, Abrão MS, Carmona F, Fraser IS, et al. *Diagnosing adenomyosis: an integrated clinical and imaging approach*. Hum Reprod Update. 2020;26:392-411.
3. Exacoustos C, Manganaro L, Zupi E. *Imaging for the evaluation of endometriosis and adenomyosis*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2014;28:655-81.
4. Vannuccini S, Petraglia F. *Recent advances in understanding and managing adenomyosis*. F1000Res. 2019;8.
5. Kunz G, Beil D, Huppert P, Noe M, Kissler S, Leyendecker G. *Adenomyosis in endometriosis--prevalence and impact on fertility. Evidence from magnetic resonance imaging*. Hum Reprod. 2005;20:2309-16.